

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929 - 1930 — N° 12

Les lésions endo - nasales au cours du Trachome

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 Novembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André DAVID

Externe des Hôpitaux de Lyon

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

(Section des Troupes Coloniales)

né à Champagnole (Jura), le 2 Octobre 1904



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46

Tél. : Vaudrey 32-55

LYON

1929

**Les lésions endo-nasales
au cours du Trachome**

Les lésions endo - nasales au cours du Trachome

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 Novembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

André DAVID

Externe des Hôpitaux de Lyon

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

(Section des Troupes Coloniales)

né à Champagnole (Jura), le 2 Octobre 1904



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46

Tél. : Vaudrey 32-55

LYON

1929

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales.	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique.	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	MAZEL	CHEVALLIER	MARTIN (J.)
TRILLAT	SANTY	DUMAS	ROCHET (Ph.)
SARVONAT	DUNET	DUFOURT	WERTHEIMER
FLORENCE (G.)	CHALIER (A.)	DEVIC	GATÉ
ROCHAIX	CHALIER (J.)	GABRIELLE	BERNHEIM
RHENTER	NOEL	MANCEAU	DECHAUME
			POLLOSSON

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

M. ROLLET, Président ; M. CHALIER A., Assesseur ;
MM. ROCHET Ph. et WERTHEIMER, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE ET A MA MERE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR MARIE-CLAIRE

A MES FRERES ET A MES SŒURS

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. ROLLET

En témoignage de notre respectueuse reconnaissance. Nous avons été son élève pendant notre dernier semestre d'Externat. C'est là qu'il a su nous familiariser avec l'Ophthalmologie et nous la faire aimer. Aujourd'hui, il veut bien nous faire le grand honneur de présider la thèse qu'il nous a inspirée, et pour laquelle il nous a donné tant de judicieux conseils.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR SARGNON

Il nous a grandement facilité
notre travail et nous a toujours
favorisé d'un charmant accueil.
Qu'il veuille bien accepter l'assu-
rance de nos sentiments reconnais-
sants et dévoués.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIGNARD,

MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES,

MONSIEUR LE DOCTEUR NOVE-JOSSERAND,

MONSIEUR LE DOCTEUR REBATTU,

MONSIEUR LE DOCTEUR GOYET,

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET,

Dont j'ai eu l'honneur d'être l'ex-
terne.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

INTRODUCTION

Devant le nombre sans cesse croissant des cas de trachome en France et particulièrement dans une grande ville industrielle comme Lyon, où tant de travailleurs étrangers apportent et parfois propagent cette affection oculaire, l'attention des ophtalmologistes se porte plus que jamais de ce côté. A la Clinique Ophtalmologique de notre Maître, M. le Professeur Rollet, nous avons pu examiner, en 17 mois, avec M. le Docteur Sargnon, 90 cas de trachome, tant chez les consultants que chez les malades hospitalisés.

C'est au cours de ces examens que M. le Professeur Rollet nous conseilla de prendre comme sujet de notre thèse, l'étude plus spéciale des lésions endo-nasales au cours du trachome. Nos remerciements vont ici à M. le Docteur Rebattu, médecin des Hôpitaux, qui a su nous apprendre l'étude et la technique si délicates de l'oto-rhino-laryngologie, alors que nous étions externe dans son service. Nous remercions aussi M. le Docteur Sargnon, qui voulut bien, dès notre arrivée à la Clinique Ophtalmologique, nous mettre au courant de ses recherches sur les altérations nasales au cours du trachome, et qui nous fit profiter de sa grande expérience.

Grâce à ces trois Maîtres nous avons pu comprendre ce travail et y contribuer. C'est une étude émanée comme bien d'autres de la symbiose féconde des deux grandes spécialités. Ne réservant qu'une part à la

question purement ophtalmologique du trachome, nous nous sommes attachés à pratiquer systématiquement chez tous ces malades, un examen oto-rhino-laryngologique. Le conduit lacrymo-nasal constitue en effet une voie de communication parfaite pour les agents pathogènes et leurs toxines ; et il est naturel de songer, que, dans une affection si chronique, la pituitaire puisse montrer à la longue certaines modifications à étudier. D'autre part, on sait que ces territoires muqueux présentent une vascularisation et une innervation en partie commune, et qu'il en va souvent de même de la pathologie.

Cette étude sera avant tout clinique. Après un historique, volontairement assez détaillé, de l'étude antérieure de la question, nous étudierons en quelques pages la conjonctivite granuleuse et les lésions nasales qu'on trouve au cours de son évolution. Nous exposerons ensuite notre statistique, qui (vraisemblablement pour des raisons d'interprétation d'examen rhinologique) diffère un peu de quelques statistiques antérieures. Nous aborderons enfin le chapitre du traitement.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

En 1891, KUHNT admet que le trachome peut se propager par les voies lacrymales.

ZIEM, en 1895, met en évidence les lésions nasales au cours du trachome.

Puis HERTEL, en 1899, et BASSO, en 1906, reprirent la question à la fois au point de vue clinique et au point de vue histologique. Ils ne trouvèrent jamais de follicules, mais tout simplement des altérations banales de la pituitaire avec dégénérescence des glandes mucipares et épaissement du chorion, lésions banales rencontrées souvent en l'absence de tout trachome.

CARBONNE, en 1907, examine 78 sujets atteints de trachome et constate des lésions macroscopiques allant de la rhinite atrophique à la rhinite hypertrophique ; il note quelques cas de rhinite atrophique ozéneuse. Ce fut lui le premier, qui attira l'attention des cliniciens sur la grande proportion de lésions nasales unilatérales, dans les cas où le trachome n'avait attaqué qu'une seule conjonctive (4 cas sur 6 environ). De sa statistique, Carbone concluait à la presque constante association des affections conjonctivales et nasales. Mais laquelle avait été la première ? D'après

lui, les lésions nasales étaient évidemment considérées comme prenant leur source dans les lésions conjonctivales ; mais il estimait qu'au début tout au moins, le coryza était réellement trachomateux, et que, par la suite seulement, il se transformait en coryza chronique banal, en passant par les stades de l'hyperhémie simple, de la forme catarrhale avec ou sans hyperhémie, et de la tuméfaction des cornets ou de la rhinite atrophique. Une telle évolution étant identique à celle qui s'observe au niveau de la conjonctive et même du pharynx (Basso).

GUTMANN, en 1907, trouva, 27 affections nasales sur 37 trachomateux. Sur cinq sujets présentant un tralésions nasales unilatérales et du même côté.

FEIGENBAUM, en 1915, étudia 96 cas de trachome et nota que l'intensité des lésions nasales était proportionnelle à celle des lésions conjonctivales : il insista sur la correspondance des deux lésions.

En 1925, PLANGE rapporte l'observation extrêmement intéressante d'un médecin qui, enlevant des végétations adénoïdes à un enfant trachomateux, reçut dans l'œil une particule de celles-ci, projetée à l'occasion d'une secousse de toux, et vit ultérieurement se développer chez lui un trachome conjonctival. Les lésions rhino-pharyngées étaient donc contagieuses, presque au même titre que les lésions conjonctivales elles-mêmes, bien que ne présentant pas cliniquement et histologiquement la structure trachomateuse.

HLAVACEK, en 1926, dans son travail intitulé « Les altérations de la pituitaire dans le trachome » (Casopis

Lektarn ceshych), met le premier au point la question, presque comme nous la comprenons actuellement. Les lésions nasales sont la conséquence des lésions conjonctivales ; mais sont à leur tour vis-à-vis de celles-ci un grand facteur d'aggravation. Le premier aussi, il insiste sur ce fait qu'il faut les traiter pour faciliter par cela même le traitement du trachome oculaire. Ses conclusions sont basées sur une statistique de 70 cas ; il note dans 46 cas une hypertrophie de la pituitaire, et dans 17 cas une déviation de la cloison si accentuée qu'on pouvait admettre un rapport étiologique entre cette dernière accompagnée d'hypertrophie de la pituitaire et l'obstruction de l'ostium du canal lacrymo-nasal, avec la conjonctivite consécutive. Dans 29 cas, les altérations hyperplasiques de la pituitaire au niveau du cornet inférieur semblent être plutôt la conséquence d'une irritation et d'une infection chronique d'origine conjonctivale, se propageant par les voies lacrymales. L'ablation des hypertrophies et la résection de la cloison, dans les cas où la déviation est très accentuée semblent avoir une influence favorable sur les effets du traitement ophtalmologique.

CALOGERO, à la Clinique d'Angelucci (1926), admet que le trachome est l'expression d'une faiblesse constitutionnelle et que les altérations nasales et pharyngéennes chez les trachomateux ont les caractères hyperplasiques que l'on rencontre ordinairement dans les états lymphatiques.

ABRAMOWICZ et WOMSOWKI (1927, en conclusion de leurs travaux estiment qu'il existe des rapports

étroits entre le trachome et les lésions nasales. Il n'y a pas de raison d'admettre que le trachome provienne des altérations nasales et encore moins de penser que le début de celui-ci se fasse au niveau de la muqueuse nasale, mais bien plutôt de croire que les lésions nasales se développent secondairement, et qu'à leur tour elles aggravent l'état pathologique de la conjonctive. Les lésions endo-nasales peuvent créer des conditions favorables à la propagation du virus trachomateux, mais seulement du même côté. Ainsi le trachome unilatéral dépendrait du fait qu'en même temps le processus pathologique d'un côté se développe bénignement et guérit rapidement, et que, de l'autre côté, il s'aggrave et se prolonge sous l'influence des affections nasales homolatérales. Chez les enfants trachomateux, le pourcentage des lésions adénoïdiennes n'est pas sensiblement supérieur à celui que l'on observe chez les enfants non trachomateux.

CARAMAZZA et SILVAGNI, dans une communication qu'ils firent au XXI^e Congrès d'Ophtalmologie Italien (Palerme, 1928), exposent l'état nasal de 55 trachomateux. Deux seulement ne présentaient aucune lésion nasale. Dans la majorité des cas, 35, soit 65 %, il y avait de la rhinite catarrhale chronique, le plus souvent associée à une hypertrophie concomitante des cornets, exactement 27 cas, dont 9 avec hypertrophie des cornets moyens, 9 des inférieurs, et 9 des deux ordres de cornets ; 8 cas restaient enfin sans hypertrophie concomitante. Viennent ensuite les cas d'hypertrophie simple des cornets, sans aucune altération catarrhale de la muqueuse — 14 cas, soit 26 % ; parm'

ceux-ci, 10 où l'hypertrophie était limitée aux cornets inférieurs, 4 où elle atteignait les 2 cornets. Enfin dans 4 observations, il existait une rhinite atrophique simple.

En ce qui concerne les rapports entre les types variés d'évolution nasale et conjonctivale, ces auteurs ne purent pas arriver à des conclusions précises, ni tirer des notions intéressantes au point de vue du pronostic. Il n'y a pas de rapports entre les sécrétions conjonctivale et nasale : celle-ci est inflammatoire banale, la première était seule réellement trachomateuse. Des quatre cas où il y avait rhinite atrophique, dans trois le trachome était ancien avec dégénérescence fibreuse de la conjonctive ; dans un cas au contraire, il s'agissait d'une forme mixte floride et évolutive avec pannus.

Le rapport entre l'intensité des lésions nasales et conjonctivales n'apparaît pas très nettement : dans 13 cas où le trachome était plus grave d'un côté, seulement cinq fois (soit 38 %) les lésions nasales étaient plus accentuées de ce côté. Dans les autres cas, la différence était inappréciable.

Caramazza et Silvagni furent loin de trouver la proportion de malformations de la cloison énoncée par Hlavacek dans sa statistique. Pour eux, il n'y a pas une quantité sensiblement plus grande de déviations, de crêtes ou d'éperons de la cloison chez les trachomateux que chez les sujets ordinaires. Il ne ressort pas non plus qu'il y ait un rapport constant entre la gravité des lésions endo-nasales et les malformations de la cloison, Dans 50 % des cas, les lésions tra-

chomateuses de la conjonctive étaient plus accentuées du côté de la malformation. Si la concomitance des lésions nasales et oculaires est presque la règle, dans les cas à signes oculaires prédominant d'un côté, ils trouvent des lésions nasales homolatérales plus accentuées seulement dans 38 % des cas ; mais jamais de lésions nasales prédominantes du côté où le trachome était le moins accentué.

Complétant enfin leur étude, comme Hertel et Basso, par des examens histologiques de la muqueuse nasale (31 préparations), Caramazza et Silvagni ne trouvèrent pas, eux non plus, le follicule trachomateux ; mais ils furent constamment en présence d'une infiltration lymphocytaire banale, souvent avec des plasma-cellules, plus marquée dans la couche superficielle du stroma, mais s'étendant parfois au tissu interstitiel interglandulaire. Jamais cette infiltration ne présentait une topographie périvasculaire. Jamais de follicules vrais, parfois seulement des amas de lymphocytes disposés comme ceux des follicules, mais ne présentant pas leurs caractères cellulaires.

Enfin, en Juillet 1929, au Congrès Belge d'O. R. L. de Tournai, MM. SARGNON et J. ROLLET ont présenté une statistique de 83 cas de trachome ; dans chacun d'eux un examen nasal avait été fait et décela des lésions de nature banale, pour la plupart hypertrophiques (44 cas), des lésions polypoïdales (7 cas), de la folliculite narinaire avec croûtes (4 cas), 9 cas de suppuration nasale chronique, et 3 d'atrophie sans ozène vrai. Les auteurs insistèrent sur la nécessité de traiter des lésions nasales.

CHAPITRE II

Etude Clinique

I APERÇU SUR LES SIGNES CLINIQUES DU TRACHOME

Le trachome est une inflammation chronique de la conjonctive essentiellement caractérisée par le développement de lésions folliculaires prédominant toujours au niveau du cul-de-sac supérieur de la conjonctive tarsiennne ; ces follicules volumineux ont valu à cette affection la désignation de conjonctivite granuleuse ; ils laissent à leur place, après une évolution toujours longue, un tissu de cicatrices, qui entraîne assez souvent des modifications de situation du bord libre de la paupière et des cils en particulier. Un des caractères importants de cette inflammation consiste dans l'atteinte fréquente de la cornée par le processus trachomatoux. Dans ces dernières années, l'intérêt a été attiré spécialement sur certains aspects histologiques dans lesquels on a voulu voir le parasite du trachome : ce sont des inclusions épithéliales ou corpuscules du trachome de Halberstaedter et Pro-wazek.

L'affection peut se montrer à tous les âges de la vie, mais sa fréquence se remarquerait surtout entre 20 et 40 ans ; d'autre part, on la rencontrerait plutôt chez l'homme que chez la femme.

C'est une maladie très redoutable par sa contagion ; aussi la trouve-t-on à l'état endémique dans plusieurs régions, telles que les Indes, la Chine, l'Egypte, le Maroc, l'Italie, l'Espagne. En France, cette affection se montrerait plutôt à l'état sporadique, surtout dans le Midi.

A l'heure actuelle, avec le nombre toujours croissant de la main-d'œuvre étrangère, cette affection tend à s'accroître de plus en plus.

A Lyon, les statistiques établies sur les malades de l'Hôtel-Dieu, montrent nettement une augmentation progressive des trachomateux. Avant la guerre, la proportion des granuleux était minime (0,4 %). Pendant la guerre, elle atteint 1,9 %, et en 1924 près de 4 %. C'est à cette époque que le législateur place le trachome dans les maladies à déclaration et à désinfection.

Les dernières déclarations, faites suivant la loi relative à la protection de la santé publique, indiquent que nous assistons à Lyon à une augmentation manifeste du nombre des granuleux. Il a été déclaré pendant l'année 1927, 63 cas, et dans le premier trimestre de 1928, 30 cas.

Dans les 90 observations que nous rapportons plus loin et qui ont trait aux cas de lésions nasales chez les trachomateux, nous sommes en présence de malades exclusivement étrangers, sauf onze Français :

Français	.....	11	(11,1 %)
Espagnols	.....	24	(25,5 %)
Algériens	.....	22	(24,4 %)
Italiens	.....	17	(18,9 %)
Marocains	.....	7	(7,77 %)
Arméniens	....	5	(5,55 %)
Chinois	.....	1	} 1,11 %
Roumains	.....	1	
Grecs	.....	1	
Egyptiens	.....	1	

Total 90

Aussi y a-t-il lieu d'envisager sans plus tarder des moyens coercitifs qui permettent de mettre à l'abri les populations saines et de dépister les porteurs de germes pour les obliger à se soigner.

Son développement serait surtout favorisé par le manque d'hygiène ; le paupérisme, l'affaiblissement de l'organisme dû à la maladie et aux privations. Les irritations extérieures des yeux ouvrent une porte d'entrée à l'infection trachomateuse.

L'affection se présente le plus souvent comme bilatérale, intéressant les deux yeux à un degré différent. Cette conjonctivite présente son siège de prédilection au niveau du cul-de-sac supérieur ; c'est là que les granulations sont très marquées.

Nous pouvons ranger suivant l'intensité des phénomènes et leur durée, le trachome sous trois formes : la forme aiguë, la forme chronique et la forme cicatricielle.

I. — FORME AIGÜE. — C'est une conjonctivite catarrhale. La muqueuse est rouge ; les paupières sont légèrement gonflées. Un écoulement d'abord muqueux, puis muco-purulent ou purulent, se forme. A sa surface, la conjonctive est dure, mammelonnée ; sous les paupières, on rencontre de petites papilles rouges tuméfiées, groupées en amas. Puis apparaissent lentement de petites plages rondes au milieu des papilles tranchant par leur aspect pâle sur le fond rouge de la muqueuse. Les taches peu à peu se gonflent, se surélèvent et forment des saillies au-dessus de la muqueuse. Ce sont des follicules lymphatiques.

Sur la cornée, on rencontre des altérations très caractéristiques. Des vaisseaux très fins et sinueux se détachent de la partie supérieure du limbe œdématisé, cheminent à sa surface et vont vers le centre. La cornée présente une infiltration très superficielle. Les symptômes fonctionnels peuvent être très marqués.

Si l'état inflammatoire doit promptement disparaître, nous voyons au bout de quelques semaines apparaître de fines stries cicatricielles qui, si la cornée est demeurée intacte, peuvent totalement disparaître. Sous l'influence de la suppuration, la cornée peut s'ulcérer et se perforer.

II. — FORME CHRONIQUE. — Cet état se caractérise par trois formations : les granulations, les papilles, le pannus.

Les granulations se rencontrent sous la paupière au niveau du cul-de-sac supérieur. Elles ont un aspect gélatineux, translucide. Elles sont arrondies, grises ou

jaunâtres turgescences, et par leur réunion elles peuvent former un véritable bourrelet.

Les papilles se rencontrent plus fréquemment au niveau de la conjonctive tarsienne et peuvent cacher en partie les granulations. La surface conjonctivale offre alors un aspect tourmenté.

Dans les formes très marquées, la conjonctive bulbaire est plus ou moins injectée, mais on n'y rencontre ni granulations, ni papilles.

Les symptômes fonctionnels peuvent parfois passer inaperçus. Les paupières sont un peu moins mobiles marquées quelquefois par un peu de ptosis. Mais dès que la cornée est attaquée à son tour, les symptômes s'exacerbent et les lésions sont beaucoup plus accentuées que dans la forme aigüe.

Le pannus est une des complications les plus fréquentes du trachome. Il apparaît le plus fréquemment dans la moitié supérieure de la cornée et se caractérise par la présence de gros vaisseaux sinueux qui, partant du limbe légèrement tuméfié, se dirigent de haut en bas vers le centre de la cornée. Ce tissu néoformé est d'apparence gélatineuse et très vascularisée.

Dans les cas où la vascularisation est peu marquée, on dit que le pannus est ténus. Le pannus vasculosis ou crassus indique l'état inverse.

Plus tard, peuvent apparaître des ulcères de la cornée, qui prennent naissance aussi bien sur une partie saine qu'au niveau du pannus. Ils se montrent surtout à la périphérie et il est assez rare qu'ils aboutissent à la perforation.

La marche de l'affection est des plus irrégulières. Tantôt l'hypertrophie conjonctivale est peu prononcée, les cicatrices qui en résultent sont minimales ; tantôt (et c'est là le cas le plus courant) quand la cornée est envahie, on se trouve en présence de formes plus graves. Après plusieurs mois, et même plusieurs années, après une augmentation progressive de l'hypertrophie conjonctivale qui constitue la première phase de l'affection, cette hypertrophie disparaît lentement et laisse à sa place un tissu cicatriciel.

III. — FORME CICATRICIELLE. — C'est la terminaison obligatoire de la conjonctivite granuleuse d'une certaine intensité. Le nombre et l'étendue des traînées cicatricielles est en raison directe du degré d'hypertrophie antérieure. A cette époque, la sécrétion se tarit complètement et l'on voit apparaître sur la conjonctive du tarse, au milieu de la muqueuse rouge et épaisse, de fines traînées blanches étendues horizontalement et qui, en se multipliant, finissent par constituer un fin réseau, dans les mailles duquel se trouvent des îlots rouges de conjonctive encore hyperhémique et hypertrophiée.

Peu à peu, les traînées cicatricielles s'élargissent et finalement la conjonctive tout entière devient pâle, lisse et hypertrophiée. De même, au niveau des culs-de-sac, la conjonctive se raccourcit, s'atrophie et les plis du cul-de-sac disparaissent.

De cette rétraction cicatricielle dérivent des complications multiples inhérentes au trachome et qui viennent encore assombrir le pronostic.

Ces complications sont l'incurvation des paupières et la déviation consécutive des cils (trichiasis), l'atrophie du bord palpébral, le symblépharon postérieur où le cul-de-sac s'efface complètement, le xérosis conjonctival où la sécrétion est tarie, enfin l'opacité et l'ectasie de la cornée, conséquences des ulcères du pannus et du trichiasis, et causes de cécité.

II. — LES LÉSIONS NASALES

Les lésions nasales que nous avons observées au cours de nos 90 examens étaient en un grand nombre de points semblables à celles observées dans la pratique rhinologique courante.

L'état pathologique le plus fréquemment rencontré est l'*hypertrophie*, qui résulte du développement exagéré d'organes normaux. Les cornets sont les lieux d'élection de cette hypertrophie, surtout dans les points où abonde le tissu érectile, c'est-à-dire au niveau des extrémités, tête et queue. Les hypertrophies diffuses se traduisent à la rhinoscopie antérieure par l'état turgide des cornets et parfois de la cloison. La muqueuse est rouge vif, tendue, luisante, à surface uniformément lisse. Cornets et cloison arrivent au contact. La gêne respiratoire nasale est plus ou moins intense. Des hypertrophies localisées peuvent se voir, qui siègent, soit au niveau de la tête du cornet inférieur, soit au niveau de son bord inférieur, soit enfin au niveau de la queue du cornet. Ce dernier diagnostic est alors fait au moyen de la rhinoscopie postérieure. La gêne respiratoire est dans ces divers cas moins marquée, mais les troubles nerveux sont fréquents et

pénibles. Les hypertrophies localisées au cornet moyen sont un peu moins faciles à dépister. Elles s'annoncent surtout par des céphalées, par la diminution de l'olfaction, par des symptômes de pharyngite. Un des lieux d'élection est la tête des cornets. En raison de l'étroitesse de la région à ce niveau, elles restent aplaties et se font principalement dans le sens antéro-postérieur. La saillie rouge luisante, vernissée, avec ou sans bosselures ou crêtes, est tantôt dure et produite alors par une dilatation ampullaire de l'os (cornet bulleux), tantôt simplement rénitente et due à une hypertrophie muqueuse plutôt qu'osseuse. L'hypertrophie localisée à la queue du cornet moyen ne se voit guère qu'à la rhinoscopie postérieure.

Au courant de nos examens, nous nous sommes trouvés couramment en présence d'hypertrophies de la muqueuse des cornets possédant de plus un caractère *polypoïdal*. La tête et la queue des cornets est alors plus spécialement atteinte, recouverte d'un tissu de granulations, tissu inflammatoire qui se développe plus particulièrement autour des orifices des sinus dans les infections anciennes de ces cavités ; c'est le cornet polypoïdal, cousin germain des polypes muqueux vrais.

Nous n'avons jamais vu au cours de nos 90 examens rhinologiques, ces polypes muqueux abondants et serrés, à l'étroit dans les cavités nasales, que l'on pourrait croire si fréquents dans ces infections chroniques. Mais nous avons vu un cas de *papillome* considérable obstruant complètement une narine et semblant bien relevé de la même étiologie.

Pour ce qui est des suppurations et des rhinites, il y a lieu d'abord de distinguer au point de vue clinique, une première variété de suppurations que l'on pourrait appeler diffuses, pour les opposer aux infections à caractères circonscrits ou systématisés.

D'abord le *coryza* aigu ou chronique banal. La muqueuse des cornets et de la cloison, turgescence, rouge ou violacée, à peine érodée, peut-être, en quelques points très circonscrits, laisse sourdre un muco-pus peu adhérents, qui se dissémine en traînées ou en îlots jaunâtres, parfois confluent à la surface de cette muqueuse. C'est la rhinite catarrhale qui prédomine au niveau de la partie inférieure des fosses nasales.

Les *rhinites secrétantes* peuvent, à un moment donné, se manifester sous forme de rhinites avec exulcérations et croûtes. Parfois, la lésion prend d'emblée ces caractères. Les sécrétions peu copieuses, pauvres en eau, riches en mucus, se concrètent aisément sur la muqueuse, dont l'inflammation est alors entretenue par la présence de ces espèces de corps étrangers. Les croûtes banales se détachent aisément à l'aide du stylet et du porte-coton ; elles ont parfois une odeur fade, mais ne sont pas fétides. Elles recouvrent des exulcérations qui saignent quand on les met à nu.

Parfois à un stade plus avancé, la suppuration se systématisé. L'écoulement purulent, abondant et diffus devient prédominant au point de représenter à lui seul pour ainsi dire, l'infection entière. Les suppurations systématisées, c'est-à-dire localisées à un point précis des fosses nasales, nous intéressent ici dans le cas des sinusites ; nous en reparlerons plus loin.

Nous terminerons cet exposé des suppurations nasales en diant un mot d'ulcérations du vestibule dont nous avons rencontré plusieurs cas. Elles répondent à l'*eczéma de l'entrée des narines*, et présentent souvent l'aspect impétigieux dû à des infections secondaires. Les pustules réparties chacune autour d'un poil comme centre, traduisent la *folliculite*. Enfin, les fissures de l'angle intérieur ou postérieur de la narine s'accompagnent en général d'un état douloureux presque continu qui fait que spontanément le malade peut en indiquer lui-même le siège.

Les *sinusites* enfin, consistent en une suppuration de la muqueuse des sinus frontaux et maxillaires. L'infection peut aussi attaquer les muqueuses des cellules ethmoïdales et des sinus sphénoïdaux ; les symptômes sont alors plus difficiles à chercher. Au cours de nos examens nous avons surtout rencontré des sinusites frontales et maxillaires. La rhinoscopie antérieure décèle du pus localisé au méat moyen, et la transillumination montre une obscurité complète ou non de ces cavités, surtout pour les sinus maxillaires. Les points douloureux localisés, et l'écoulement purulent unilatéral et intermittent sont des signes que nous avons rarement rencontrés, car nous avons affaire le plus souvent à des sinusites subaiguës.

Voici les divers points de pathologie nasale que nous avons pu observer chez nos trachomateux. Il est aisé de voir qu'ils ne diffèrent pas des affections analogues observées dans la pratique rhinologique journalière.

Existe-t-il au cours du trachome des lésions nasa-

les spécifiques ? Peut-on parler d'un « trachome nasal » ? Il semble que non. Il est logique d'admettre, en se plaçant à un point de vue purement clinique, qu'il s'agit là dans tous les cas d'un processus inflammatoire banal. Il est possible, cependant, que lors de l'atteinte conjonctivale initiale, le virus trachomateux pénétrant dans le nez par le conduit lacrymo-nasal, au niveau du méat inférieur, soit la cause première d'un coryza spécifiquement trachomateux. Mais ce n'est là qu'une hypothèse. Par la suite en tous cas, la muqueuse réagit, s'hypertrophie, sécrète. Et nous sommes en présence de lésions qui évoluent alors pour leur propre compte.

Nous n'avons pas cru nécessaire de faire chez nos malades des biopsies et des examens histo-pathologiques. Sous les yeux exercés de Caramazza et Silvagni, comme nous l'avons dit plus haut, l'anatomie pathologique n'a pu que confirmer dans tous les cas l'hypothèse émise par l'observation clinique.

La banalité de ces lésions est très importante à connaître pour l'institution du traitement.

CHAPITRE III

Statistique

L'examen des lésions nasales nous a permis de constater une très grosse prédominance des *lésions hypertrophiques* de la muqueuse pituitaire, dans son type simplement congestif, mais surtout hypertrophique définitif (parfois mixte, congestif et hypertrophique).

Nous en trouvons ainsi 51 cas sur 90 (soit 56,6 %). Le plus souvent il s'agissait de lésions bilatérales hypertrophiques, portant sur les cornets inférieurs et moyens avec prédominance de l'un ou de l'autre, mais surtout du cornet inférieur. Rarement la lésion était unilatérale.

Dans quelques cas, 8 malades (soit 8,1 %), il s'agissait de *cornets hypertrophiques polypoïdaux*, l'hypertrophie portant sur un cornet ou sur plusieurs. Dans un seul cas (observation 52) nous avons constaté une grosse hypertrophie d'aspect papillomateux, saignant peu et qui a été enlevée très simplement à l'anse froide.

Les *malformations de la cloison* (lésions banales même chez les gens bien portants) sont naturellement assez fréquentes, qu'il s'agissent soit de crêtes ou d'éperons, soit de déviations plus ou moins accentuées. Nous en avons noté 12 cas (soit 13,3 %).

Dans 12,1 % des cas, nous nous sommes trouvés en présence d'une *infection nasale*, pouvant revêtir diverses formes : le coryza aigu (3 cas), une suppuration nasale chronique uni ou bilatérale (9 cas) ; de l'atrophie des cornets avec des croûtes, mais sans ozène fétide vraie (3 cas) ; chez l'une d'elles, les sinus maxillaires n'étaient pas clairs, et le diagnostic de syphilis était des plus probables (observation 55). Dans 10 cas (soit 10,5 %) il y avait de l'opacité plus ou moins complète des sinus maxillaires, uni ou bilatérale. Enfin, 4 de nos malades présentaient de la folliculite avec croûtes à l'entrée des narines.

Dans 17 cas, l'examen était totalement négatif

Chez 5 de nos petits malades, il y avait des végétations. Chez 6 trachomateux, il existait de l'hypertrophie plus ou moins considérable des amygdales. Chez 5 d'entre eux, des otites uni ou bilatérales venaient de subir une suppuration aiguë ou présentaient des lésions tympaniques cicatricielles. Dans un cas, nous avons noté chez un trachomateux bilatéral ancien, outre de gros cornets polypoïdaux de la pharyngite sèche avec albumine.

Y a-t-il un rapport net entre l'intensité plus grande des lésions nasales du même côté que l'œil trachomateux le plus atteint ? La plupart des auteurs qui ont étudié la question, l'admettent. Pour Caramazza et Silvagni, et pour nous, le rapport entre l'intensité des lésions nasales et conjonctivales n'apparaît pas nettement.

Cependant, nous avons observé quelques faits assez positifs dans cet ordre d'idée. Chez un adulte algé-

rien, énucléé de l'œil gauche un mois avant l'examen, il y avait dans le méat moyen gauche une suppuration chronique abondante (observation 51). Chez un adulte espagnol, atteint de trachome de l'œil gauche depuis trois ans, et contracté, dit-il, en France, il déclare que son nez suppure depuis la même époque, surtout à gauche (observation 69). Chez un Algérien de 25 ans, atteint de trachome bilatéral d'intensité moyenne à gauche avec pannus à droite, nous avons noté des coryzas assez fréquents, des céphalées à droite (observation 22) ; l'examen a montré : à gauche un gros cornet inférieur et moyen, à droite un cornet inférieur, mais surtout un cornet moyen mal formé polypoïdal et hypertrophique.

Ces faits nets, mais peu nombreux, nous montrent bien clairement que dans certains cas il y a une relation intime entre l'intensité plus grande des lésions oculaires et nasales du même côté. Mais l'homolatéralité des affections nasales et conjonctivales est bien loin d'être toujours aussi marquée. Très rarement, du reste, on observe le phénomène inverse.

CHAPITRE IV

Traitement

Ainsi les altérations de la muqueuse nasale sont excessivement fréquentes au cours du trachome ; et cette affection ne doit pas être considérée comme une affection uniquement oculaire. Le diagnostic de trachome doit avoir comme corollaire l'examen rhinologique, et comme but, dans la plupart des cas, une double thérapeutique.

I. — TRAITEMENT OPHTALMOLOGIQUE

Le traitement du trachome peut être chirurgical ou médical, ou bien mixte.

Le traitement chirurgical convient au trachome exubérant et plus ou moins vierge de toute tentative thérapeutique. Son but est de vider les granulations et de favoriser la cicatrisation rapide. On tend aujourd'hui à abandonner ces opérations mutilatrices, causes d'entropion, telles que la résection de la conjonctive granulomateuse ; et on préfère les petites opérations telles que les scarifications, le brossage, le massage, la galvanocautérisation des granulations, ou mieux l'électrocoagulation de celles-ci, qui donne en des mains exercées des résultats encourageants.

Le traitement médical convient au trachome d'emblée chronique, non exubérant. Il sert aussi de complément indispensable au traitement chirurgical. C'est un traitement excellent dont l'efficacité dépend surtout de l'assiduité de l'application. Le sulfate de cuivre est le médicament de choix. Une bonne thérapeutique consiste en attouchements avec un crayon de sulfate de cuivre, ou mieux en frictions assez vives avec un glycérolé de cuivre au sublimé, très employé à la Clinique de Lyon, et dont la formule est la suivante :

Sublimé	0,02
Sulfate de cuivre.....	1 gr.
Eau distillée.	10 gr.
Glycérine neutre	10 gr.

Il sera également employé en collyre, en alternant avec un collyre au bleu de méthylène à 1 pour 1000.

L'huile de *Calamoogra* est entrée aujourd'hui dans l'arsenal de thérapeutique oculaire ; ses essais dans le trachome ont pu donner des résultats bons, mais incertains ainsi qu'on a pu le constater à la Clinique de Lyon (La Bella).

II. — TRAITEMENT RHINOLOGIQUE

Traitement médical :

Il consiste, si le nez est très infecté, en inhalations (teintures de benjoin et d'eucalyptus, avec ou sans menthol), en pommades à l'éphédrine à 1 ou 2 % ainsi :

Sol. d'adrénaline au 1/1000°, de XV à XL gouttes.

Vaseline : 15 gr.

Lanoline : 5 gr.

Ces doses d'éphédrine ou d'adrénaline sont pour adultes. Chez l'enfant, on peut utiliser des pommades moins actives, notamment de camphre.

On peut aussi joindre des instillations de léniforme, ou d'une huile balsamique quelconque ; ou bien encore des pulvérisations nasales huileuses, par exemple :

Sol. d'adrénaline au 1/1000°, de XV à XX gouttes.

Huile de vaseline : 20 gr.

ou des préparations comme l'adrénoléine.

Chez l'enfant, les solutions de sels d'argent, pro-targol, argyrol, électargol, sont utiles.

Les inhalations ne sont pas nécessaires dans les lésions nasales discrètes, mais sont indispensables dans les sinusites aiguës ou subaiguës ; on joint toujours dans ces cas, chez l'adulte, des pommades ou des pulvérisations à base d'adrénaline.

Traitement chirurgical :

Cornets et Méats. — Les hypertrophies simples des cornets inférieurs sont justiciables de la cautérisation, après désinfection. On ne fera jamais de cautérisations profondes au galvanocautère sur les cornets moyens à cause des communications veineuses avec l'encéphale.

Si les cornets sont très gros, osseux ou ampullaires, on pratiquera leur ablation partielle ; les résections trop larges peuvent produire et entretenir des lésions croûteuses, non fétides d'ailleurs.

Il faut pratiquer l'ablation des hypertrophies polypoidales et papillomateuses toujours à froid et après désinfection ; il en est de même pour les polypes.

Cloison. — C'est l'ablation des crêtes antérieures et postérieures ; dans certains cas de déviations très accentuées de la cloison, on peut autoriser à faire une résection sous-muqueuse.

Sinusites. — Si elles sont rebelles au traitement médical, il faut les opérer ; pour le sinus maxillaire, c'est la voie endo-nasale (ponction, méthode endo-nasale de Claoué) ou la voie externe (la cure radicale par la méthode de Luc). Pour le sinus frontal et l'ethmoïde antérieur on peut pratiquer l'ablation de la tête du cornet moyen, seule ou suivie de l'élargissement du canal naso-frontal avec les râpes de Vacher.

L'opération externe est réservée aux cas sérieux.

Pour l'ethmoïde postérieur et le sinus sphénoïdal, on utilise la voie endo-nasale, avec résection du cornet moyen. L'opération externe par voie orbitaire est exceptionnellement utilisée.

Les végétations seront enlevées totalement ; l'hypertrophie des amygdales est justiciable d'une ablation subtotale.

Nous ne pouvons pas actuellement donner des résultats précis sur la coordination des traitements ophtalmologique et rhinologique ; car ces études thérapeutiques sont à leur début.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

Nous rapportons ici 50 observations d'examen rhinologique (Docteur Bergoni), chez des trachomatéux, recueillies à la Clinique Ophtalmologique de M. le Professeur Rollet.

Nous groupons nos différents cas en cinq classes, suivant que nous avons trouvé :

1° Des altérations des cornes, lésions hypertrophiques banales ou lésions polypoidales.

2° Des malformations de la cloison.

3° Des infections nasales (oryzas aigus, suppurations nasales chroniques, eczémas sous-narinales avec folliculite, rhinites atrophique).

4° Hypertrophie des amygdales et végétations adénoïdes.

5° Sinusites.

6° Nous groupons enfin en une sixième classe les observations de nos trachomatéux où l'examen nasal s'est montré totalement négatif. Nous avons adjoint à ce groupe trois observations d'otites.

Cette classification un peu simpliste des altérations nasales n'a pas la prétention de former des cloisons étanches répondant exactement à notre statistique. Nous nous sommes souvent trouvés en face de malades à lésions multiples ; nous avons cru bon de placer de telles observations suivant la localisation prédominante.

I. Altération des cornets

A. - LESIONS HYPERTROPHIQUES SIMPLES

- OBS. 1 — An... Ben..., 45 ans, Italienne (Naples), 3 mai 1928.
Trachome chronique.
Cornets un peu gros ; quelques croûtelles sèches.
- OBS. 2. — Ab... Elg..., 33 ans, Israélite Marccaine, 7 mai 1928.
Trachome bilatéral chronique datant de nombreuses années.
Gêne nasale. Très gros cornets enflammés.
Cloison irrégulière.
- OBS. 3 — Elg..., 9 ans $\frac{1}{2}$, Marocaine, 7 mai 1928.
Trachome bilatéral subaigu.
Très gros cornets enflammés.
- OBS. 4 — Cas..., 42 ans, Espagnol, 7 mai 1928.
Trachome bilatéral chronique datant de 18 ans.
Gros cornets sans suppuration, ni mucosités.
- OBS. 5. — G. Bel..., 41 ans, Italien, 7 mai 1928.
Trachome bilatéral chronique datant de 13 ans.
Hypertrophie localisée aux cornets moyens.
- OBS. 6. — Jar..., 22 ans, Italienne, 7 mai 1928.
Trachome bilatéral subaigu datant de un an.
Assez gros cornets, mais coryzas fréquents ; la malade est très sujette aux rhumes de cerveau.
- OBS. 7. — Rib... Ant..., 24 ans, Espagnol, 7 mai 1928.
Trachome bilatéral subaigu datant de 2 ans.
Assez gros cornets, sans mucosités. Coryzas fréquents.

- Obs. 8. — J... Az..., 27 ans, Français d'Alger, 11 mai 1928.
Trachome bilatéral chronique.
Gros cornets rougeâtres.
- Obs. 9. — Dol... Gre..., 10 ans, Algérienne, 11 mai 1928.
Trachome bilatéral aigu.
Très gros cornets avec cloison irrégulière à gauche.
- Obs. 10. — Cas..., 10 ans, Espagnol, 13 juin 1928.
Trachome bilatéral aigu.
Gros cornets inf. et moyens. Un peu de végétations adénoïdes.
- Obs. 11. — Egr..., 27 ans, Français, 18 juin 1928.
Trachome bilatéral date de 7 ans.
Gros cornets inf. congestifs. Jamais de coryza.
- Obs. 12. — Yar..., 19 ans, Arménienne, 8 octobre 1928.
Trachome bilatéral datant de 3 ans.
Assez gros cornets.
- Obs. 13. — Joh... Al..., 30 ans, Algérien, 24 octobre 1928.
Trachome bilatéral aigu datant de 2 ans.
Gros cornets. Pas de pus nasal.
- Obs. 14. — Théo... San..., 13 ans, Espagnole, 24 octobre 1928.
Trachome bilatéral aigu.
Assez gros cornets. Pas de coryzas fréquents.
- Obs. 15. — Gh... Don..., 26 ans, Algérien, 17 janvier 1929.
Trachome bilat. aigu prédominant à droite.
Gros cornets ; pas de pus nasal.
- Obs. 16. — Tch... Arc..., 22 ans, Arménien, 21 janvier 1929.
Trachome bilatéral d'intensité moyenne datant de 12 ans.
Opéré il y a 6 ans des végétations. Hypertrophie localisée aux cornets moyens. Coryzas fréquents.

- OBS. 17. — Con... Al..., 25 ans, Français, 21 janvier 1929
Trachome bilatéral léger datant de 5 ans.
Assez gros cornets.
- OBS. 18. — Var..., 30 ans, Arménienne, 26 avril 1929.
Trachome bilatéral chronique datant de
10 ans.
Cornets moyens hypertrophiés.
- OBS. 19. — Ben Ze... Ben Al..., 26 ans, Marocain, 1^{er} mai
1929.
Trachome bilatéral avec infiltration co-
mécienne à droite.
Gros cornets bilatéraux.
- OBS. 20. — J... Mau..., 19 ans, Français, 27 mai 1929.
Trachome bilatéral chronique.
Gros cornets inf. et moyen, surtout le cornet
inf. droit.
Sinus max. demi-clairs. Coryzas fréquents.
- OBS. 21. — F... Bel..., 27 ans Espagnol, 12 juin 1929.
O. G. atteint de trachome depuis le plus jeu-
ne âge. O. D. depuis 1925.
Trachome subaigu avec un peu d'infiltration
comécienne.
Très gros cornet inf. droit et moyen droit. A
gauche, hypertrophie un peu moins marquée.
Coryzas fréquents. Mouche du pus l'hiver.
- OBS. 22. — Dol... Am..., Espagnole, 15 septembre 1929.
Trachome bilatéral chronique.
Très gros cornets surtout inf. Hypertrophie
nasale bilatérale.
Sinus max. demi-clairs. Un peu de végétations
- OBS. 23. — Ab... Da..., 33 ans, Marocain, 18 septembre
1929.
Trachome chronique. O. D. avec lésions cor-
néennes.
Gros cornets sans suppurations. Légère hy-
pertrophie des amygdales ; un peu de végéta-
tions.

OBS. 24. — Fra... Al..., 33 ans, Française mariée à un italien, 4 octobre 1929.

Trachome aigu récent. Kératite de l'O. D.

Coryza datant de 15 jours, après l'atteinte de l'œil.

Assez gros cornets. Sinus max peu clairs.

OBS. 25. — Gan... Moh..., 28 ans, Algérien, 4 octobre 1929.

Trachome bilatéral chronique, avec ulcère cornéen de O. D.

Très gros cornets inf. et moyen, surtout à droite.

B. — LESIONS POLYPOÏDALES

OBS. 26. — Jen... M..., 24 ans, Espagnol, 7 mai 1928.

Trachome bilatéral datant de 4 ans.

Gêne nasale depuis 3 ans. Gros cornets moyens polypoidaux surtout à la tête des cornets. Pharyngite sèche depuis 7 mois. Albumine dans les urines.

OBS. 27. — Gi... J..., 24 ans, Espagnol, 14 novembre 1928

Trachome bilatéral chronique.

Hypertrophie polypoidale du cornet inf. gauche.

OBS. 28. — L... Mor..., 21 ans, Espagnol, 19 décemb. 1928.

Trachome subaigu de l'œil droit.

Assez gros cornets des deux côtés. Nez humide sans suppuration. Coryzas fréquents. Gros cornet inf. gauche polypoidal, côté opposé à la lésion.

OBS. 29. — Man.. Gon..., 35 ans, Espagnol, 19 déc. 1928.

Trachome intense bilatéral datant de 5 ans.

Cornets moyens un peu polypoidaux. Tête du cornet moyen nettement polypoidale. Coryzas fréquents.

OBS. 30. — Day... Is..., 22 ans, Marocain, 28 déc. 1928.

Trachome bilatéral aigu datant de 4 mois.

Troubles du nez depuis un mois et demi.
Mouche du pus à gauche.

Gros cornets polypoïdaux inférieurs.

- OBS. 31. — Day... El..., 29 ans, Marocain, 1^{er} janvier 1929
Trachome qui a nécessité l'énucléation de
l'œil droit en 1927.

Gros cornet inf. gauche un peu polypoïdal.

Gros cornet inf. droit. Cloison irrégulière.

- OBS. 32. — Gh... Do..., 27 ans, Algérien, 7 juin 1929.

Trachome prédominant à droite avec pannus.

Coryzas fréquents. Gros cornets à gauche.

Cornet moyen droit polypoïdal irrégulier fai-
sant comme deux cornets l'un antérieur fron-
tal volumineux et osseux, l'autre ethmoïdo-
sphénoïdal nettement polypoïdal.

- OBS. 33. — El He... T... S..., 40 ans, Algérien, 11 octobre
1929.

Trachome bilatéral chronique datant de
20 ans.

Hypertrophie du cornet inf. gauche. A droite,
tout le bord inf. du cornet moyen est blanchâ-
tre et polypoïdal.

II. Malformations de la cloison

- OBS. 34. — Don.. Ler..., 45 ans, Française (Irigny), 11
mai 1928.

Trachome léger chronique.

Narine droite large avec gros cornets sans
rhinite.

Narine gauche : crête de cloison, assez gros
cornets.

- OBS. 35. — Mar... Dol..., 19 ans, Algérienne, 26 juillet
1928.

Trachome bilatéral subaigu datant d'un an.

Cloison très irrégulière. Pendant l'hiver co-
ryzas tenaces durant parfois 2 mois.

- OBS. 36. — Mar., 40 ans, Algérienne, 9 novembre 1928.
Trachome bilatéral d'intensité moyenne datant de 3 mois.
Légère déviation de la cloison à gauche.
- OBS. 37. — Iv..., 31 ans, Espagnole, 28 novembre 1928.
Trachome chronique datant de 5 ans.
Déviation post. de la cloison à gauche.
- OBS. 38. — Sa... Ma..., 22 ans, Roumain, 15 janvier 1929.
Trachome aigu bilatéral.
Assez gros cornets. Cloison irrégulière des 2 côtés. Pharyngite légère.
- OBS. 39. — Mer... Ah..., 26 ans, Italien, 15 janvier 1929.
Trachome chronique
Assez gros cornets. Cloison irrégulière à droite.
- OBS. 40. — Rh... B... Al., 27 ans, Algérien, 15 janv. 1929
Trachome aigu. Perte de l'œil gauche. Lésions cornéennes à droite.
Déviation de la cloison à gauche.
- OBS. 41. — Ac... Dj..., 16 ans, Marocaine en France depuis 14 mois, 11 octobre 1929.
Trachome subaigu datant de deux ans.
Coryzas fréquents. Grosse hypertrophie localisée au cornet moyen droit. Cloison fortement déviée à gauche.

III. Infections nasales

A. — CORYZAS AIGUS

- OBS. 42. — Zan... Br., 13 ans $\frac{1}{2}$, Italien, 30 mai 1928.
Trachome bilatéral subaigu, prédominant à l'œil gauche, qui présente de plus une grosse plaque calcaire antérieure.
Coryza actuel datant de 15 jours, bilatéral, muco-purulent.
Pas de gros cornets, ni de grosses amygdales.

Le malade a présenté une otite suppurée il y a 9 ans ; il était alors en traitement à l'hôpital pour son trachome en Italie.

OBS. 43. — Le... Bed..., 5 ans, Arménienne, 30 mai 1928.

Trachome bilatéral aigu.

Gros cornets inf et moyens. Coryza intense non purulent. Végétations adénoïdes nettes. Légère hypertrophie des amygdales.

OBS. 44. — B... Ant..., 26 ans, Français (de Lyon).
4 juillet 1929.

Trachome bilatéral chronique.

Coryzas fréquents. Un peu de mucosités bilatérales.

OBS. 45. — Ais... Moh..., 25 ans, Algérien, 19 novembre 1928.

Trachome bilatéral aigu datant de 6 mois.

Nez humide sans suppuration. Tendance très nette aux rhumes de cerveau. Assez gros cornets.

OBS. 46. — El Ha..., 17 ans, Algérien, 28 novembre 1928.

Trachome bilatéral subaigu datant de 3 mois.

Coryzas très fréquents. Examen nasal négatif.

OBS. 47. — Fel... Ben..., 32 ans, Algérien, 6 avril 1929.

Trachome léger bilatéral.

Coryza aigu avec gros cornets moyens des 2 côtés.

Aux oreilles, les tympanes sont cicatriciels et peu mobiles.

OBS. 48. — J... Fem..., 21 ans, Italien, 1^{er} mai 1929.

Trachome bilatéral d'intensité moyenne datant de 4 ans.

Coryza bilatéral datant de 4 mois, surtout à gauche. Pharyngite subaigüe. Un peu de végétations adénoïdes.

OBS. 49. — Boc..., 30 ans, Algérien, 8 mai 1929.

Trachome aigu intense prédominant à droite.

Coryza aigu intense avec pharyngite aigüe.

OBS. 50. — Zan..., 30 ans, Arménienne, 27 mai 1928.

Trachome bilatéral de faible intensité.

Coryza aigu. Assez gros cornets avec quelques mucosités.

Sinus maxillaires demi-clairs.

B. — SUPPURATIONS NASALES CHRONIQUES

OBS. 51. — Hac... R..., 28 ans, Algérien (Constantine), 3 mai 1928.

Trachome aigu. L'œil gauche a été énucléé il y a 1 mois.

A droite, gros cornet moyen blanchâtre. Pas de suppuration, rétraction légère par l'adrénaline.

A gauche, du côté de l'énucléation, gros cornets très infectés. Suppuration abondante de tout le cornet moyen.

OBS. 52. — J... Ort..., 22 ans, Espagnol, 7 mai 1928.

Trachome bilatéral chronique datant de 15 ans.

Enormes cornets enflammés, avec muco-pus intense dans les deux narines.

Le malade constate que sa douleur oculaire est plus vive quand il mouche davantage de pus.

OBS. 53. — J... V..., 47 ans, Italienne, 3 juin 1928.

Trachome chronique. Enucléation de l'œil gauche il y a 12 ans.

Coryzas fréquents, plus intenses à droite qu'à gauche.

Muco-pus abondant de la narine gauche. Cloison déviée à droite.

OBS. 54. — Sal... Zan..., 7 ans $\frac{1}{2}$, Arménien, 27 mai 1929

Trachome subaigu d'intensité moyenne.

Coryzas fréquents. Muco-pus nasal bilatéral.

OBS. 55. — D... Ci..., 44 ans, Italienne, 19 novembre 1928.

Trachome bilatéral datant de 30 ans.

Sujette aux coryzas, la malade mouche des croûtes non fétides.

Eruption cutanée datant de 1 an $\frac{1}{2}$. Les troubles du nez auraient débuté en même temps que la maladie de peau ; on lui a fait alors un traitement par piqûres, à l'Antiquaille. Maux de tête fréquents. L'examen nasal décèle du muco-pus dans le méat moyen droit en arrière. A gauche, les croûtes purulentes coiffent le méat moyen en son milieu. Pas de fétidité.

Les sinus maxillaires sont peu clairs.

On fait le diagnostic de spécificité très probable et de sinusite maxillaire bilatérale.

C. — ECZEMA. — FOLLICULITE

OBS. 56. — Ma... Pi..., 34 ans, Italien, 3 mai 1928.

Trachome bilatéral subaigu.

Eczéma impétigineux de l'entrée des narines avec folliculite sous-narinaire légère. Les cornets sont infectés, volumineux, mais non purulents.

Après épreuve de l'adrénaline, les cornets se décongestionnent partiellement. Les cornets moyens sont un peu polypoïdaux.

Le 8 juillet 1928. — Rechute de l'eczéma impétigineux. Traitement à la pommade Zn-O-amidon. Le malade a été très soulagé par la pommade à l'éphédrine.

OBS. 57. — L... S..., 15 ans, Algérienne, 15 janvier 1929.

Trachome bilatéral en poussée à gauche avec kératite.

Coryza chronique non purulent. Eczéma fissuraire des 2 narines.

OBS. 58. — La... S..., 7 ans, Marocain, 18 janvier 1929.

Trachome aigu.

Eczéma narinaire surtout à droite. Végétations adénoïdes.

- OBS. 59. — Ma... Ma..., 11 ans, Espagnole, 19 juin 1929.
Trachome léger bilatéral datant de 4 mois.
Coryzas fréquents. Folliculite narinaire bilatérale.

D. — RHINITES ATROPHIQUES

- OBS. 60. — Je... Vi..., 30 ans, Française (venant d'Algérie), 5 juin 1928.

Trachome subaigu bilatéral.

Nez petit avec un peu d'atrophie des ailes du nez. Atrophie des deux cornets inférieurs, surtout à droite. A droite, croûtes pseudo-ozéneuses.

- OBS. 61. — Pen... Ma..., 18 ans, Espagnole, 8 octobre 1928

Trachome aigu unilatéral à gauche. L'œil droit est sain.

La malade mouche depuis 2 ans du pus, par la narine gauche. Elle a des maux de tête du côté gauche.

L'examen nasal décèle : à droite un cornet inf. atrophique avec des mucosités postérieures et naso-pharyngées. Actuellement, pas de fétidité ; à gauche, crête de cloison, muco-pus abondant au niveau du cornet moyen et du méat moyen.

Pharyngite aiguë. A gauche, les sinus frontal et maxillaire sont demi-opaques.

UN CAS DE TUMEUR PAPILLOMATEUSE

- OBS. 62. — J... Th..., 48 ans, Français (contaminé au Maroc pendant la guerre), 5 juin 1928.

Trachome bilatéral chronique datant de la guerre.

Depuis une dizaine d'années, le malade accuse à gauche une gêne nasale constante, à droite des épistaxis périodiques.

L'examen nasal décèle à droite une inégula-

rité de la cloison. A gauche, il y a une très grosse tumeur papillomateuse saignant peu au contact et obstruant la narine gauche. Queue de cornet inférieur polypoidal à droite.

Le 8 juin 1928, M. le Docteur Sargnon pratique sous anesthésie à la cocaïne, l'ablation à l'anse froide d'une partie de la tumeur papillomateuse. Pas d'hémorragie sérieuse. Un tamponnement est maintenu pendant 2 heures.

IV. Altération du tissu adénoïde

OBS. 63. — Si..., 7 ans, Italien, 7 mai 1929.

Trachome bilatéral léger datant de un an.

Peu de coryza. Quelques mucosités nasales.

Grosses amygdales.

OBS. 64. — S..., 30 ans, Italienne, 7 mai 1929.

Trachome bilatéral léger datant de 8 mois.

Hypertrophie de l'amygdale gauche. Rien de nasal.

OBS. 65. — Gr... Za..., 10 ans, Arménienne, 27 mai 1929.

Trachome bilatéral subaigu.

Le toucher pharyngien indique des végétations adénoïdes.

OBS. 66. — M..., Che..., 12 ans, Grecque, 28 mai 1929.

Trachome bilatéral chronique.

Coryzas fréquents. Assez grosses amygdales.

OBS. 67. — Ha.. Ou...Dj..., 28 ans, Algérien, 24 décembre 1928.

Trachome cicatriciel, plus accentué à gauche.

Assez gros cornets des 2 côtés. Grosse amygdale à droite, très grosse à gauche. Sinus maxillaires peu clairs.

V. Sinusites

- OBS. 68. — Jo... Bl..., 27 mai 1929.
Trachome aigu de l'œil gauche.
Gros cornet inf. gauche. Sinus maxillaire gauche très sombre ; le droit l'est un peu moins.
- OBS. 69. — Mo... La..., 25 ans, Espagnol, 26 avril 1929.
Trachome subaigu de l'œil gauche.
Suppuration diffuse bilatérale, sans localisations spéciale au méat moyen. Un peu de suppuration pharyngée.
Obscurité du sinus maxillaire gauche.
- OBS. 70. — Ge... Am..., 10 ans, Algérienne, 18 juin 1929.
Trachome léger bilatéral datant de plusieurs années.
Assez gros cornets. Coryza actuel. Les sinus maxillaires, surtout le gauche, sont très sombres. Un peu de végétations diffuses.
- OBS. 71. — B... Zet..., 36 ans Algérien, 19 juin 1929.
Trachome bilatéral léger datant de plusieurs années.
Légère hypertrophie des cornets. Sinus maxillaires plutôt sombres.
- OBS. 72. — Ro... M..., 27 ans, Espagnol, 19 juin 1929.
Trachome subaigu de l'œil gauche datant de 2 ans.
Mouche souvent du pus par la narine droite. Cornets hypertrophiés à droite. Sinus max. peu clairs.
- OBS. 73. — Fa..., 23 ans, Egyptien, 27 septembre 1929.
Trachome chronique prédominant à l'œil droit.
Hypertrophie bilatérale des cornets. Obscurité des sinus maxillaire et frontal à gauche.

VI. Examen nasal négatif (quelques otites)

- OBS. 74. — Or... Fr..., 24 ans, Espagnol, 11 mai 1928.
Trachome chronique. Examen nasal négatif.
Otite aigüe il y a 3 ans, à gauche. Actuellement,
plaques fibro-calcaires antérieure et inférieure
du tympan gauche.
- OBS. 75. — Bal..., 32 ans, Arménienne, 30 mai 1928.
Trachome chronique. — E. N. négatif.
- OBS. 76. — Ag... Ro..., 13 ans, Italien, 1^{er} juin 1928.
Trachome aigu. — E. N. négatif.
Otite moyenne chronique suppurée à droite.
- OBS. 77. — Ka... Ben A..., 31 ans, Marocain, 5 juin 1928.
Trachome aigu. — E. N. négatif.
- OBS. 78. — Ri... Lo..., 53 ans, Espagnole, 29 juin 1928.
Trachome cicatriciel. — E. N. négatif.
- OBS. 79. — Bru... J..., 55 ans, Italien, 21 juin 1928.
Trachome chronique. — E. N. négatif.
- OBS. 80. — Pi... L..., 14 ans, Espagnol, 8 octobre 1928.
Trachome léger. — E. N. négatif.
- OBS. 81. — Jo... L..., 22 ans, Italien, 8 octobre 1928.
Trachome chronique. — E. N. négatif.
- OBS. 82. — Dan... Ca..., 9 ans, Italienne, 16 nov. 1928.
Trachome subaigu. — E. N. négatif.
- OBS. 83. — Ro..., 38 ans, Italienne, 16 novembre 1928.
Trachome chronique. — E. N. négatif.
- OBS. 84. — Gon... Ma..., 33 ans, Espagnole, 19 nov. 1928.
Trachome chronique. — Rien de nasal.
- OBS. 85. — Cou... Jo..., 9 ans, Française, 19 nov. 1928.
Trachome léger. — E. N. négatif.

OBS. 86. — Ha... Ha..., 15 ans, Algérienne, 18 juin 1929.
Trachome léger. — E. N. négatif.

OBS. 87. — Am..., 28 ans, Algérienne, 18 juin 1929.
Trachome guéri. — E. N. négatif.

OBS. 88. — Je... Lo..., 12 ans, Espagnole, 28 juin 1929.
Trachome unilatéral de l'œil gauche. — E. N.
négatif. Otite aigüe datant de 15 jours, actuel-
lement guérie.

OBS. 89. — Cua... Jo..., 25 ans, Italien, 28 juin 1929.
Trachome chronique. — E. N. négatif.

OBS. 90. — Ben..., 24 ans, Espagnol, 28 juin 1929.
Trachome de l'œil droit avec un tache cor-
néenne. — E. N. négatif.

CONCLUSIONS

I. — L'examen nasal doit être fait systématiquement et minutieusement chez tout trachomateux ; car il peut déceler la présence de lésions endo-nasales plus ou moins intenses.

Sur 90 granuleux observés à la Clinique Ophtalmologique de M. le Professeur Rollet, nous avons relevé 73 cas d'altération de la muqueuse pituitaire, soit une proportion de 81 %.

II. — Nos granuleux examinés étaient pour la plupart des sujets étrangers travaillant et habitant dans des conditions d'hygiène défectueuses. Nous retrouvons en effet 11 % de Français, 25 % d'Espagnols, 18 % d'Italiens. Les Algériens et les Marocains entrent pour une proportion de 32 %. Ces malades présentaient soit une forme aiguë, soit une forme chronique ou cicatricielle de trachome.

III. — Les lésions endo-nasales au cours du trachome consistent :

1° En des altérations des cornets (65 %) ; il s'agit surtout de lésions hypertrophiques banales, parfois de lésions polypoïdales,

2° En des malformations de la cloison (13,3 %).

3° En infections nasales (12,1 %), soit coryza aigu, suppuration nasale chronique, eczéma narinaire avec folliculite, soit rhinites atrophiques.

4° En altération du tissu adénoïde (13 %), hypertrophie simple des amygdales ou végétations adénoïdes.

5° En sinusites (10,5 %).

IV. — Ces lésions de la muqueuse pituitaire sont concomitantes ou secondaires à la lésion oculaire. Il semble qu'il n'y ait pas de trachome nasal vrai, malgré l'existence du trachome des voies lacrymales. Les lésions nasales observées sont de nature banale.

V. — Etant donnée la fréquence des lésions nasales chez les granuleux, il est de toute nécessité dans la cure de cette redoutable maladie qu'est le trachome, d'effectuer un traitement rhinologique approprié. Le traitement amènera la sédation des lésions nasales et pourra, dans un grand nombre de cas, favoriser l'heureuse évolution de l'affection conjonctivale.

VI. — A Lyon, en particulier, les statistiques établies montrent une augmentation progressive des granuleux due à l'arrivée de la main-d'œuvre étrangère. Il y a donc lieu de soigner énergiquement cette affection pour éviter les complications oculaires pouvant amener la cécité. Les traitements ophtalmologique et rhinologique devront, dans ce but, être systématiquement et intensivement mis en œuvre.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
Etienne ROLLET.

Vu :

POUR LE DOYEN,
L'Assesseur,
Etienne ROLLET

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 18 Octobre 1929
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
Joseph GHEUSI

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMOWICZ ET WONSOWSKI. — Le trachome et les affections du nez. *Acta oto-Laringologica* xi, p. 590, 1927.
- ALAGNA. — Le plasmacellule in oto-rino-laringologia. *Virchow's, Archiv* 1911.
- BASSO. — Congiuntivite e faringite granulosa. Tracoma delle vie lacrimali. *XVIII° Congr. Ital. d'Oftal.*, 1906.
- BRANS. — Lubarch. Ostertag, *Ergebuisse d. Pathologic*, 1908, 1909, p. 304.
- CALOGERO. — Le manifestazioni cliniche ed istopatologiche della mucosa nasale e faringea nel tracoma. *Arch. di ott.* xxxiii, p. 314, 1926.
- CARAMAZZA E SILVAGNI. — Tracoma e lesioni nasali. Lavoro comunicato al xxi, *Congresso dell' Assoc. Oftalmologica Italiana*, 3, 5, V, 1920. Palermo, et Clinica dal Profes. Di Marzio, *Saggi di Oftalm.*, Rome, 1929.
- CARBONE. — Congiuntivite tracomatosa e rinite. *Giorn. d. R. Acc. di Med. di Torino*, p. 41, 1907.
- CITELLI. — Zur pathologischen Anatomie der hypertrophischen unteren Nasenmuschel. *Arch. g. Laryng.*, xiii, 1, p. 89, 1902.
- DELANOE (Mme). — Etude sur le trachome au Maroc et son traitement. *Bull. de la Soc. de pathol. exotique*, 13 janvier 1926, et *Maroc Médical*, avril 1928.
- DI MARZIO E FERERI. — Sulle blefaro congiuntività di origine nasale. *Riv. oto-neuro-oftalm.*, iv, p. 708, 1927.

- FEIGENBAUM. — Über die Beziehungen des Trachoms zu Nasenleiden und die Frage des einseitigen Trachoms. *Klin. Mon. f. Aug.* LXXIV, p. 392, 1925.
- GIANNONE. — Sulla partecipazione delle plasma-cellule ai processi patologici nel campo dell' otorinolaringologia. *Atti Soc. Lomb. di Scienze Med.*, II°, fasc. 2, p. 90, 1913.
- GUGLIANETTI. — XXI° Congresso dell' Associazione oftalmologica Italiana, Palermo, 3-5 maggio, 1928.
- GUTMANN. — Aeussere Augenerkrankungen in ihrer Beziehung zu Nasenleiden. *D. M. W.* 1907, N. 20-22 (rip. da Feigenbaum).
- HAHN. — Del valore clinico dell' esame dell' olfatto, Torino, 1894.
- HERTEL. — Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tränensackerkrankungen. *Graefe's Arch.* XLVIII, 1899.
- HLAVACEK. — Nasenbefunde bei Trachom. (rec. in *Zentralbl. f. d. ges. Opht.*, XVII, p. 840, 1925).
- KUHNT. — Zur Pathologie und Therapie des traenenableitenden Apparates. *Opht. ges. Heidelberg*, 1891.
— Über die Therapie der Conjunctivitis granulosa. *Klin. Jahrb* VI, Jena, G. Fischer:
- LA BELLA. — Traitement du trachome par l'huile de Chaulmoogra (*Thèse Lyon*, 1929).
- PLANGE. — Verein Rheinisch. Westfälischer Augenärzte 46 vers. Dusseldorf, 8, III, 1925.
- POLI. — Sulla distribuzione del tessuto adenoide nella mucosa nasale. *VIII° Congr. Soc. Itl. Laringologia*, 1904.
- RAUBER-KOPSH. — *Lehrbuch der Anatomie*. Leipzig, 1909.
- ROELTH. — Über das einseitige Trachom. *Klin. Mon. für Augg.* LXX, p. 700, 1923.

ROLLET (Professeur). — De l'augmentation du nombre de trachomes à Lyon. *Soc. d'ophtalm. de Lyon*, mars 1918.

ROLLET ET CHAMS. — Traitement du trachome par l'huile de Chaulmoogra. *Lyon Médical*, année LX, tome CXLII, 1928, et *Bulletin de la Soc. d'oph. de Lyon*, p. 43, 1928.

SARGNON ET ROLLET (J.). — Lésions nasales et trachome oculaire. *Congrès belge d'O. R. L.* Tournai, juillet 1929.

SCHIRNER. — Erkrankungen der Thänenorgane. *Handbuch Graefe-Saemisch*, III, 1924.

ZIEM. — Citato da Stock, 1895.

ZUCKERKANDL. . . Anatomie des fosses nasales, etc..., Paris, 1895.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Historique.....	11
CHAPITRE II. — Etude clinique :	
I. Aperçu sur les signes cliniques du trachome.	17
II. Les lésions nasales	23
CHAPITRE III. — Statistique.....	29
CHAPITRE IV. — Traitement.....	33
CHAPITRE V. — Observations	37
CONCLUSIONS	53
BIBLIOGRAPHIE	55

